

死亡されたかたについて次のことにお答えください

受付印

- 被用者保険(本人)を脱退してから3か月以内の死亡である。
死亡日前3か月以内に被用者保険の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている。
→あてはまる場合は加入していた社会保険(健康保険または共済組合)へ申請してください。

国民健康保険 葬祭費支給申請書

被保険者証記号番号	3 6 - . ()
死亡者氏名	
死亡者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
死亡年月日	令和 年 月 日
葬祭執行年月日	令和 年 月 日
死亡原因 (あてはまる番号に○)	1、疾病等 2、第三者行為(交通事故・他人から受けたケガ、労災等) (2の場合は国民健康保険の葬祭費は支給されることがあります。)
申請金額	¥ 5 0 , 0 0 0 -

振込先金融機関	金融機関コード		支店コード	
	銀行 信用金庫 労働金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所	預金種目 1. 普通 2. 当座
	口座番号		口座番号	
口座名義人				

上記の通り申請します。
私は上記、死亡者の葬儀を執行しました。
私が葬祭執行人として、東村山市国民健康保険葬祭費を受領したことについて、第三者より異議申し立てがあった場合、私の責任においてその第三者との間で問題の処理にあたります。

令和 年 月 日
(千 -)

葬祭執行人 住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

死亡者との続柄 _____

(申請先) 東村山市長

※葬祭執行人が葬儀をおこなったことが確認できるものを添えて申請して下さい。
(葬祭執行人名義の葬儀の領収書または葬祭執行人名義の会葬礼状)

受付

審査

資格喪失の手続き

済・未

保険税収納状況

完納・滞納あり→収納課担当()